



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
**אישור רפואי לעניין גמלה**  
**לשמירת הריון**

**חותמת קבלה**

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך		מס' זהות / דרכון		סוג	

עמוד 1 מתוך 2

**ימולא רק ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה (תשומת ליבך לעמוד מס' 2)**

**1 פרטי התובעת**

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות  
ס"ב

הגב' נמצאת בטיפול מיום:

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

**2 הריונות קודמים**

היסטוריה מילדותית קצרה:

**3 הריון נוכחי**

תאריך לידה משוער

תאריך מחזור אחרון

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

א. בעיות רפואיות כלליות:

ב. הסיבות לשמירת ההריון (ניתן להוסיף מכתב לוואי):

ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת:

תאריך		
שנה	חודש	יום
שנה	חודש	יום

בדיקה

1

2

ד. נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשמירת הריון בתאריכים המפורטים להלן:

ה. אושפזה בשל שמירת הריון בתקופות המפורטות להלן:

1	מתאריך	עד תאריך
2	מתאריך	עד תאריך

**4 הצהרה**

הריני מאשר בזאת כי בשל מצבה הרפואי של הנבדקת (סמן להלן ב- X את האפשרות המתאימה):

1. הנובע מן ההריון והמסכן אותה ו/או את עובריה

2. הנובע ממקום העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעובריה

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת הריון מתאריך: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_  
אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לעניין תשלום גמלה לשמירת הריון  
תאריך סיום הריון אם חל לפני תאריך לידה משוער: \_\_\_\_\_

**אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 2, והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה**

שם הרופא למחלות נשים ולידה: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_  
כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_



אל: הרופא המטפל

### הנדון: שמירת הריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבוטחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסויימים, לקבלת גמלה לשמירת הריון. אין החוק חל על עקרות בית.

"שמירת הריון" מוגדרת כהיעדרות מעבודה בתקופת ההריון, המתחייבת בשל:

1. מצב רפואי הנובע מההריון והמסכן את האישה או את עובריה
  2. סכנה הנובעת ממקום העבודה או סוג העבודה
- הכל בהתאם לאישור רפואי בכתב.

מתוך האמור לעיל עולה, כי היעדרות מעבודה אצל אישה הרה, שאינה קשורה להריון, תיחשב כהיעדרות מסיבת מחלה אצל אישה עובדת.

על פי תקנות הביטוח הלאומי (גמלה לשמירת הריון התשנ"א 1991), רופא נשים מומחה יאשר באמצעות טופס שהגדיר המוסד לביטוח לאומי, כי ע"פ ממצאי בדיקתו על האישה להפסיק עבודתה, ויציין את תקופת "שמירת ההריון". יש להימנע ממתן תעודות רטרואקטיביות. במקרים מיוחדים יש לנמק את הסיבות למתן תעודה לתקופה רטרואקטיבית.

המוסד לביטוח לאומי רשאי לפנות לרופא שמילא את הטופס, בבקשה לקבל פרטים רפואיים נוספים, ככל שידרשו. לבקשה יצרף המוסד טופס ויתור על סודיות רפואית, חתום על ידי התובעת.

יש למלא בטופס את כל הפרטים הנדרשים, ולהקפיד על פירוט משך התקופות המומלצות להפסקת העבודה, הסיבות הרפואיות לכך, ותאריכי הבדיקות.

אין המוסד מתחייב לכבד כל תעודה רפואית שתוגש לו.

מבוטחת תהייה זכאית לגמלה, רק כאשר תיעדר מעבודתה בגין שמירת הריון למשך 30 ימים רצופים לפחות. תקופות נוספות של הפסקת עבודה באותו הריון (שלא ברצף) תוכרנה, רק כאשר כל היעדרות תימשך ארבעה עשר ימים רצופים לפחות.

בנוסף לאמור לעיל, אישה הנחשפת במקום עבודתה לגורמים העלולים לסכן את עובריה (חומרים כימיים, ביולוגיים או פיזיקאליים), תופנה ע"י רופא הנשים המטפל לרופא תעסוקתי של הקופה. הרופא התעסוקתי, לאחר התייעצות בהתאם לנהלים בשרותי הרפואה התעסוקתית, יעביר המלצתו לביטוח הלאומי, תוך פירוט החומרים להם חשופה האישה, גיל ההריון וכל מידע רלבנטי נוסף.

**בברכה,**

ד"ר מריו סקולסקי,  
המנהל הרפואי